

Geschehensverarbeitung und Handlungssteuerung des Therapeuten: Ziele im Behandlungsgespräch

Breuer, Franz; Heeg, Paul

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Breuer, F., & Heeg, P. (1987). Geschehensverarbeitung und Handlungssteuerung des Therapeuten: Ziele im Behandlungsgespräch. In J. Bergold, & U. Flick (Hrsg.), *Ein-Sichten: Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung* (S. 85-97). Tübingen: dgvt-Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-25905>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Geschehensverarbeitung und Handlungssteuerung des Therapeuten: Ziele im Behandlungsgespräch

Zusammenfassung:

Es wird ein Teilaspekt aus Untersuchungen beraterisch-therapeutischer Behandlungsarbeit dargestellt: die Interaktionssteuerung und -verarbeitung auf seiten des Therapeuten. Diese wird über (Video-)Beobachtungs- und darauf bezogene Interviewverfahren erhoben und mit Hilfe eines methodischen Rekonstruktionsverfahrens extrahiert. Im vorliegenden Aufsatz stehen die Ziele des Therapeuten bei Interaktionshandlung(sschritt)en im Mittelpunkt. Es werden mehrere Zielbereiche unterschieden und deren Stellenwert für therapeutische Interaktionen erläutert. In einem Beispiel wird der Verlauf einer Behandlungssequenz auf der Ebene dieser subjektiven Zielvornahmen rekonstruiert. Dabei werden unterschiedliche Typen von Gesprächskrisen (Insistierens-, Orientierungskrise) erläutert.

1. Kontext der Untersuchung und Fragestellungen

Unsere Darstellung entstammt einer umfangreicheren Untersuchung der *Tätigkeit psychologischer Berater bzw. Therapeuten* (Psychologen in öffentlichen Beratungsstellen für Erziehungs-, Ehe-, Lebensprobleme etc.). Neben der Einbettung dieser Arbeit in ihre *institutionell-organisatorischen Rahmenbedingungen* interessierte uns vor allem die *Entwicklung* der Tätigkeit im Verlauf der individuellen beruflichen Praxis. Dabei erhoben wir einmal die Arbeitsbedingungen und Berufsbiographien von Psychologen über teilstrukturiert-fokussierte *Interviews* (vgl. Breuer, 1979; 1987c). Zum anderen untersuchten wir einzelne *Behandlungssitzungen* von (unterschiedlich berufserfahrenen) Beratern/Therapeuten. Diese wurden auf Videoband aufgezeichnet und *gesprächsanalytisch* ausgewertet (vgl. Janouch, 1983; Breuer, 1987a). Die Videoaufzeichnung wurde den Psychologen außerdem unmittelbar im Anschluß an die Beratungs-/Therapiestunde abschnittsweise wieder vorgespielt, und sie wurden gebeten, ihre „inneren Handlungsanteile“ (Gedanken, Assoziationen, Gefühle etc.) aus der jeweiligen Situation zu erinnern und zu berichten; wir bezeichnen das Verfahren als *Selbstkonfrontationsinterview* (SK-Interview; vgl. Breuer, 1987b).

Aus diesem Kontext schildern wir hier eifige Ergebnisse der Untersuchung spezifischer Behandlungssitzungen der Berater/Therapeuten. Dabei interessiert uns die *subjektive Sicht der Psychologen auf ihre Interaktion mit dem Klienten*. Diese wird zum Teil in den Gesprächshandlungen bereits verdeutlicht und kann mittels gesprächsanalytischer Verfahren (partiell) erschlossen werden. Die Auswertung der SK-Interviews bietet die Möglichkeit, darüber hinaus auch nicht oder nur sehr indirekt versprachlichte subjektive Anteile darzustellen.

2. Methodische Vorgehensweisen

Das Analyseverfahren für die SK-Interviews ist recht komplex und theoretisch voraus-

setzungsvoll. Analytisch und terminologisch unterscheiden wir die Interaktionshandlungen des Psychologen (und des Klienten) in der Beratungs- bzw. Therapiesitzung („Handlung 1“) von denen im SK-Interview (Erinnerungsbericht zur Behandlungsstunde; „Handlung 2“). Im Mittelpunkt stehen hier Resultate der Auswertung von Handlung 2, wobei diese jedoch nicht ohne die Einbeziehung des Handlung-1-Zusammenhangs verstehbar sind.

Die Prozedur der Rekonstruktion des Behandlungsgeschehens aus der Perspektive des Psychologen auf der Grundlage der Handlung-1- und Handlung-2-Daten (sowie vorliegender Rahmeninformationen) ist in hohem Maße auf das Kontext- und Bedeutungsverständnis desjenigen angewiesen, der dieses Verfahren anwendet. Der Anwender muß dabei den Gesamtkontext an Information, die uns über den Beratungs-/Therapiefall, die beteiligten Personen, den bisherigen Verlauf etc. verfügbar ist, mit heranziehen. Aus den aus unterschiedlichen Interaktionssituationen stammenden (un- und teilstrukturierten) Basisinformationen wird eine ansatzweise standardisierte Bedeutungsrekonstruktion vorgenommen. Diese erfolgt im Rahmen eines allgemeinen Handlungsmodells, das gewissermaßen als (Wieder-)Erzählschema benutzt wird.

Theoretisch ist das Schema u.a. an (kybernetische) Modelle der Handlungssteuerung angelehnt und enthält gewisse Grundannahmen über die Struktur von (Interaktions-) Handlungen. Es wurde auf dem Hintergrund von Erfahrungen mit der Auswertung von Aussagen in SK-Interviews ausgearbeitet. Das Schema erlaubt es, die subjektiven Sichtweisen der Handelnden – auch wenn hier interindividuell unterschiedliche Kognitions- und Versprachlichungsvarianten vorzufinden sind – methodisch in einer systematisiert-vereinheitlichenden Weise darzustellen.

Die sitzungsverlaufsbezogenen Daten (Video der Behandlungsstunde, SK-Auskünfte, Kontextinformationen) werden abschnittsweise aufgearbeitet. Pro Abschnitt werden die folgenden Komponenten bzw. Leitfragen rekonstruiert bzw. beantwortet (wir stellen hier die Grobstruktur des von uns als „Extension“ bezeichneten Verfahrens dar und verzichten auf Differenzierungsaspekte):

- **„Wahrnehmung“ (W):** Welche Geschehensaspekte werden vom Therapeuten an einzelnen Zeitstellen von Handlung 1 fokussiert?
- **„Interpretation/Bewertung“, (I/B):** Wie werden die W-Aspekte theoretisch, konzeptuell, gefühlsmäßig etc. eingeordnet, interpretiert, bewertet?
- **„Ziel“ (Z):** Welches ist der angestrebte Sollzustand, auf dessen Hintergrund die Interpretation/Bewertung vorgenommen und/oder auf den hin der entwickelte Handlungsplan ausgerichtet ist?
- **„Handlungsplan“ (H):** Welches sind die beabsichtigten Maßnahmen, Schritte, Strategien etc. der Annäherung an das Ziel?
- **„Realisation“ (R):** Auf welche Weise (mit welchen Gesprächsbeiträgen o.ä.) wird der Handlungsplan 1 umgesetzt?

Die Kategorien W und R verknüpfen Handlung 1 und Handlung 2. Mit I/B, Z und H wird eine grobe Strukturierung der berichteten inneren Prozesse angestrebt.

3. Ziele

Wir beschränken uns im folgenden darauf, einige Resultate aus dem Bereich der „Ziel“-Aspekte (der subjektiven Sollwerte des Handelns) vorzustellen. Die „Ziele“ sind eine

Kategorie mit zentraler Bedeutung im Rahmen unseres Handlungsschemas: Auf ihrer Grundlage werden einmal die „Interpretationen/Bewertungen“ vorgenommen (als Verankerung oder Vergrößerung von Ist-Soll-Diskrepanzen), zum anderen sind die „Handlungspläne“ auf ihre Erreichung bzw. Verwirklichung ausgerichtet (Operatoren oder Heuristiken der Zielerreichung). Wegen dieser Doppelgesichtigkeit betrachten wir die „Ziele“ als mögliche Verbindungsstücke zwischen der Hörhandlung und der Sprechhandlung.

Die in den SK-Interviews berichteten „Ziele“ des Therapeuten (die sie als an spezifischen Gesprächsstellen in bestimmten Phasen aktualisiert beschreiben) wurden von uns zusammengestellt und nach thematischen Gesichtspunkten gruppiert. Wir unterscheiden „Ziele“ aus folgenden Bereichen:

- 1) Ziele, die sich auf den Klienten, seine Problematik bzw. das Problemsystem beziehen;
- 2) Ziele, die sich auf den Therapeuten und seine (Eigen-)Befindlichkeit beziehen;
- 3) Ziele, die sich auf Qualitäten der Beziehung zwischen Therapeut und Klient, das Beziehungsideal des Therapeuten beziehen;
- 4) Ziele, die sich auf allgemeine Interaktions-/Gesprächsregeln und gesprächssortenspezifische (speziell für Beratungen/Therapien geltende) Maximen beziehen;
- 5) Ziele, die sich auf Aspekte beziehen, die mit der Tatsache der Beobachtungs-/Videoaufnahmesituation zusammenhängen.

Wir geben einige *Beispiele* für geäußerte Ziele aus den verschiedenen Bereichen (wobei wir die konkreten Aussagen der Psychologen aus den SK-Interviews in einer formal vereinheitlichten Weise reformuliert haben):

1) *Klienten-/problembezogene Ziele:*

- Erreichen positiver Veränderungen (Verbesserungen, Lösungen, Heilung) im System der Klientenproblematik.
- Aufklärung und Analyse der Struktur, Bedingungsbeziehungen etc. der Problematik des Klienten.
- Erreichen der Fähigkeit des Klienten, für seine inneren Zustände und Prozesse einen angemessenen Sprachausdruck zu finden.
- Abklären bzw. Gewährleisten der Mitarbeits- und Behandlungsmotivation des Klienten.
- Anhalten, Unterbrechen der negativen selbstbezogenen Gedankenketten des Klienten.

2) *Therapeutenbezogene Ziele:*

- Gewährleistung, Erhöhung des eigenen Selbstwerts (eigener Identität, eigenen Kompetenzgefühls o.ä.) als psychologischer Berater/Therapeut.
- Gewährleistung, Erhöhung subjektiver Interaktionssicherheit (Vermeiden von Unsicherheit, Ängstlichkeit, Peinlichkeit u.ä.).
- Gewährleistung, Verbesserung der eigenen Orientierung hinsichtlich der problemangemessenen Strukturierung des Gesprächs(-verlaufs).

3) *Beziehungsbezogene Ziele:*

- Gewährleistung einer positiven Qualität der kommunikativen Beziehung zum Klienten.
- Gewährleistung, Wahrung einer Abgrenzung, eines Abstands hinsichtlich der auf den Therapeuten gerichteten persönlichen Beziehungswünsche des Klienten.

- Gewährleistung, Ermöglichung eines offenen Ausdrucks der auf den Therapeuten gerichteten Gefühle und Affekte des Klienten.

4) *Gesprächs(-sorten-)bezogene Ziele:*

- Der Klient soll auf die vom Therapeuten geäußerten Intentionen eingehen (seinen Gesprächsaufforderungen nachkommen, seine Fragen beantworten etc.; in Gesprächen allgemein geltendes Kooperationsprinzip).
- Im Gespräch soll eine problemthemenbezogene Kontinuität bzw. eine sinnvoll geordnete Abfolge von (Problem-)Themen gewährleistet werden.
- Die Zeitdauer einer Behandlungssitzung soll berücksichtigt und eingehalten werden.
- Alle vom Klienten angesprochenen aktuell-drängenden Probleme sollen in der Sitzung (zumindest im Ansatz) angesprochen bzw. bearbeitet werden (keins der aktuell-drängenden Probleme soll unerwähnt unter den Tisch fallen).

Der Zielbereich 5 (Zielaspekte, die mit der Beobachtungssituation bzw. der Videoaufnahme zusammenhängen) wird durch den Kontext unserer Untersuchung induziert und spielt in „normalen“ Behandlungssitzungen keine Rolle. Wir gehen hier nicht weiter darauf ein.

Die unterschiedlichen Zielbereiche sind nicht strikt exklusiv zu verstehen. Es gibt eine Reihe von Überlappungen, d.h., ein im SK-Interview berichtetes Ziel läßt sich mitunter mehreren Oberaspekten gleichzeitig zuordnen.

Die in Handlung 1 aktualisierten (und in Handlung 2 berichteten) „Ziele“ des Therapeuten können sich in allen differenzierten „Ziel“-Bereichen auf der Dimension Allgemeinheit/Abstraktheit vs. Konkretheit unterscheiden. Bei der Beispielaufzählung für die Oberaspekte haben wir dieses Spektrum durch unsere Auswahl anzudeuten versucht.

4. Stellenwert und Funktion der „Ziele“

Im folgenden interessieren uns der Stellenwert und die Funktion der so extrahierten und differenzierten Therapeuten-„Ziele“ im Prozeß des Interaktionsgeschehens in Behandlungssitzungen (hauptsächlich betrachtet aus der Position des Psychologen), also die Rolle der „Ziele“ im Kontext der subjektiven Geschehensplanung und -verarbeitung des Psychologen. Wir untersuchen die prozeßbezogenen Regelmäßigkeiten im Bereich der Therapeuten-„Ziele“ in ihrer Abhängigkeit von Person-, Fall-, Verlaufs- und Geschehenscharakteristika der Interaktionsdyade und der Behandlungssitzung.

Einige Annahmen, die uns bei der Analyse dieser Aspekte leiten, seien zur Verdeutlichung genannt:

Ganz allgemein läßt sich mutmaßen, daß für die situative intrapsychische Aktualisierung bestimmter Zielkonzepte des Therapeuten im Behandlungsprozeß Aspekte relevant sind wie

- die Merkmale der Therapeutenperson (seiner therapieschulenbezogenen Ausrichtung, dem Ausmaß seiner Berufserfahrung etc.),
- die Merkmale und die Problematik des Klienten,
- das Stadium, in dem sich die Behandlung des Klienten befindet (Gesprächsserie),
- die Phase der Behandlungssitzung (Beginn, Mitte, Ende der Stunde),

- die konkreten Interaktionsereignisse im Gespräch (Auftauchen neuer Problem-
aspekte, Widerstand des Klienten, krisenhafte Gesprächssituationen o.ä.).

In weiterer Differenzierung dieser Vorannahmen erscheinen uns u.a. folgende Hypothesen plausibel, für die Angela Janouch (1983) in ihrer intentionsbezogenen Gesprächsanalyse unseres Materials genauere Anhaltspunkte liefert:

Die Art und Weise sowie die Schnelligkeit der Identifikation des aktuell-relevanten Problemfokus in einer Sitzung hängen u.a. vom Erfahrungsausmaß des Therapeuten ab. Novizen gehen hier (im Vergleich mit Experten) anders vor: Sie zeigen stärkere Rigidität und fixierte Vorausplanung, brauchen aber mehr Zeit, um zu einer tiefergehenden Phase der Problembearbeitung zu gelangen.

In der Anfangs- und der Endphase einer Behandlungssitzung werden vermutlich andere Zielbereiche aktualisiert als in deren Mittelteil. Zu Beginn geht es zumeist darum, den für die Stunde bedeutsamen Problemfokus herauszufinden und im Gespräch zu etablieren. Gegen Ende wird häufig die Problembearbeitungstiefe (das emotionale Engagement, die Betroffenheit) abgeflacht, werden stärker prospektive und organisatorische Aspekte in den Mittelpunkt des Gesprächs gerückt. Wir können am Stundenanfang und -ende eine größere Relevanz bzw. Häufigkeit von „Zielen“ aus dem Bereich der Gesprächs(-sorten-)maximen annehmen. Im Mittelteil beherrschen dagegen klienten- bzw. problembezogene Aspekte weitgehend das therapeuteninterne „Ziel“-Szenario.

5. Klientenwiderstand und Gesprächskrisen

Wir wollen uns hier mit einigen therapeutenseitigen prozessualen Phänomenen auf der Ebene der internen Handlungs-„Ziele“ etwas genauer beschäftigen, die mit spezifischen Gesprächs- bzw. Interaktionsereignissen in Zusammenhang stehen. Wir führen ein Fallbeispiel der Verarbeitung und des Umgehens mit Klientenwiderstand vor. Dabei legen wir ein weitgefaßtes Widerstandskonzept zugrunde: Gemeint ist eine (längerfristige) Verweigerung oder ein Vermeiden, Ausweichen des Klienten gegenüber einer zentralen Gesprächsintention des Therapeuten in einer Behandlungssitzung.

Die Ergebnisse besitzen einen noch wenig verallgemeinerten Charakter. Deshalb enthält die Darstellung stark fall- bzw. dialogspezifische Elemente.

5.1. Grobe Skizze des (exemplarischen) Gesprächshintergrunds und -verlaufs

Das Beispiel ist der Behandlungsstunde eines Therapeuten mit einem Klienten entnommen, der ein stark problematisches (negatives) Selbstwertgefühl aufweist.

Der Therapeut – Herr N. – besitzt dreijährige Berufspraxis. Er charakterisiert sich als überwiegend kommunikationstheoretisch ausgerichtet, mit verhaltenstherapeutischen Vorgehensaspekten sowie tiefenpsychologischen Denkansätzen.

Der Klient ist ein „abgebrochener Student“, der vor allem unter Selbstwert- und Selbstsicherheitsproblemen leidet. Er vermeidet vielerlei Arten sozialer Kontakte, u.a. solche, in denen er seine Interessen durchzusetzen hätte. Hinsichtlich der Problemgenese hält der Therapeut das Verhältnis zum autoritären Vater für bedeutsam. Therapeut und Klient haben bereits mehrfach über die Problematik und Situationen ihres Auftretens gesprochen; es findet die vierte Sitzung statt. Der Psychologe vermißt bisher konkrete Initiativen der Problembearbeitung auf Klientenseite.

Als globales Ziel, das er in bezug auf den Klienten verfolgt, nennt Herr N. vor allem eine Änderung „innerer Selbstgespräche“ in für den Klienten problemhaften Situationen.

Zu Anfang der Sitzung wird ein aktuelles Erlebensbeispiel der Selbstunsicherheit des Klienten in einer sozialen Situation besprochen (Beratung beim Arbeitsamt über die beruflichen Zukunftschancen des Klienten) und als krampfhaftes Bemühen, beim Gesprächspartner einen guten Eindruck zu machen, bewertet. Therapeutenfragen nach Veränderungsmöglichkeiten der problemhaften Vorstellungen weicht der Klient dabei aus. Das Gespräch geht über auf die Bearbeitung einer einfacheren Problemsituation (Tennispielen unter Beobachtung). Der Therapeut exploriert die dort auftretenden Selbstverbalisierungen des Klienten, deren (Ir-)Rationalität und (relativ erfolglos) konkrete Veränderungsmöglichkeiten. Der Therapeut interpretiert nun die problemhaften Erlebens- und Verhaltensweisen des Klienten als Ausdruck eines überzogenen Selbstideals, das in seiner Entstehung mit dem Verhältnis des Klienten zu dessen Vater zusammenhängt.

Herr N. besteht recht nachdrücklich – aber weiterhin ohne Erfolg – auf der Suche nach Möglichkeiten des Klienten, gegen seine negativen Selbstbewertungen vorzugehen (dieser Gesprächsabschnitt der Suche nach Bearbeitungsmöglichkeiten wird im folgenden als „Thema 2b“ gekennzeichnet).

Dann wechselt der Therapeut die Perspektive: Er fragt nun nach (Positiv-)Beispielen für Situationen, in denen der Klient gegenwärtig soziale Anerkennung bekommt. Dabei versucht er, sich gegen die Verweigerung des Klienten durchzusetzen, indem er beharrlich auf seiner Suchperspektive insistiert und das Klientenverhalten metakommunikativ kommentiert („Thema 3a“).

Der Klient zeigt in dieser Phase jedoch fortwährendes Boykottverhalten gegenüber der Problembearbeitungsweise des Therapeuten. Schließlich gibt Herr N. seine diesbezüglichen Bemühungen auf und überläßt dem Klienten die Gesprächsinitiative vollständig. Das führt zu einer für den Klienten peinlich-krisehaften Gesprächssituation (einem umfangreichen Monolog des Klienten und einer anschließenden längeren Schweigepause), die dann als Beispielfall einer Manifestation der Klientenproblematik aufgearbeitet wird („Thema 3b“).

Die Sitzung geht zu Ende mit Anweisungen des Therapeuten zu Gedankenstop- und Selbstinstruktionsübungen für problemhafte soziale Situationen.

Insgesamt läßt sich die Grundkonstellation der Sichtweisen der beiden Gesprächsbeteiligten auf die Klientenproblematik in einem kompilierten Dialogausschnitt etwa so kennzeichnen

Th.: Was tun Sie dagegen?

Kl.: Ich komm da einfach nicht gegen an ...

5.2. Analyse der Ziele während einer als krisenhaft erlebten Gesprächsphase

Wir möchten nun kurz zeigen, wie eine Passage dieses Gesprächs sich im therapeutenseitigen SK-Interview niedergeschlagen hat – beschränkt und zugespitzt auf unsere Rekonstruktion bzw. Auswertung der „Ziel“-Kategorie.

Diagramm 1 zeigt eine Repräsentation der Therapeuten-„Ziele“ in den von uns gesprächsanalytisch unterschiedenen Gesprächsphasen 2b, 3a und 3b. (Deren inhaltliche Kennzeichnung ist in der obersten Diagrammzeile enthalten.) Ausführlich wird hier die Phase 3a dargestellt, die Phasen 2b und 3b sind nur angedeutet.

Die Kennzeichnung der Ziele erfolgt jeweils durch einen Großbuchstaben, der den Zielbereich angibt, eine Nummer zur Identifikation des konkreten thematischen Inhalts

Handlung 1

Thema des Gesprächs

Thema 2b: Möglichkeiten der Bearbeitung negativer Selbstbewertungen des Kl.

Thema 3: Suche nach Beispielen von Gelegenheiten/Situationen, in denen der Kl. gegenwärtig soziale Anerkennung bekommt

Thema 3b: Bewältigungsmöglichkeiten des Kl. in der aufgetretenen Gesprächsstockung

Zeitverlauf

Insistierenskrise → Orientierungskrise

Handlung 2

Extensions-Sequenz:

A1 A2 A3 A4 A5 C D E F G H I J K L

beraterisch-therapeutische Gesprächsmaximen (G):

G3 G2 G5 G6 G2 G4 G2 G2

auf die Beziehungsqualität gerichtete Ziele (B):

B2 B3 B1

auf die eigene Person und Befindlichkeit gerichtete Ziele (S):

S5 S3 S4 S4 S6 S7 S7

allgemeine problembezogene Ziele (A):

A6 A4 A6 A1 A3

fall-spezifische Ziele (P):

(P1) P1 P1 P2c P2c P2c P2c P2c P2c P2c P2c P1 P1 P1 P2b.....
(P2) (...P2b.....)
(P3) P2a P2a P3c P3c P3d P3e P3b P3e P2a P2d P2c P3e

Diagramm 1: Darstellung einer Sequenz von Handlungszielen des Herrn N. (Erläuterungen im Text).

und gegebenenfalls einen (Klein-)Buchstaben, der einzelne Varianten eines thematisch ähnlichen Ziels kennzeichnet.
Als „Ziel“-Bereiche haben wir, entsprechend unserer Differenzierung unter Punkt 3 oben, in der Abbildung unterschieden:
G = Gesprächs(-sorten-)maximen,
B = Ziele, die die Qualität der Therapeut-Klient-Beziehung betreffen,
S = auf die eigene (Therapeuten-)Person und Befindlichkeit bezogene Ziele,
Ziele, die mit dem Klienten und seiner Problematik zusammenhängen; hier ist noch differenziert nach
A = allgemeinen problembezogenen Zielen,
P = fallspezifischen Zielen.

Charakteristische Therapeutenbeiträge in Handlung 1 in der *Phase 2b* sind etwa (wenn es um Situationen negativer Selbstbewertung des Klienten geht):

- Th.: (149) Was könnte Ihnen denn da helfen?
(150) Was haben Sie schon ausprobiert?
(154) ... was tun Sie dann dagegen?
(158) Haben Sie das schon mal gemacht?

In dieser Phase dominiert in den SK-Aussagen des Therapeuten das „Ziel“ P2b. P2b: Der Therapeut zielt an, den Klienten zum Auffinden praktischer Bewältigungsmöglichkeiten bei negativ bewerteten eigenen Verhaltensweisen, Leistungen, Situationen zu bewegen.

Der Übergang zur *Themenphase 3a* erfolgt auf der Handlung-1-Ebene dann so:

- Th.: (173) Was haben Sie im Moment so für Möglichkeiten, Anerkennung zu kriegen? /
(174) Durch gutes Tennisspielen.

Bei diesem Fokuswechsel (weg von Bewältigungsmöglichkeiten negativer Selbstbewertung hin zu positiven sozialen Erfahrungen) wird einmal das „Ziel“-Konzept P2c aktiviert, das den Abschnitt 3a weithin bestimmt: Der Therapeut zielt an, den Klienten zum Auffinden von Beispielen für positiv bewertete(s) Verhalten, Leistungen, Situationen zu bewegen. Zum anderen finden sich an dieser Stelle problembezogene Ziele höheren Allgemeinheitsgrades (ein Phänomen, das für Themen- oder Aspektwechsel im Gespräch charakteristisch ist):

A6: Der Therapeut zielt an, dem Klienten die Struktur, die Bedingungszusammenhänge, die Mechanismen seiner Problematik deutlich zu machen.

P1: Der Therapeut zielt an, die problematische Selbstbewertung des Klienten (v.a. seine unangemessene „negativistische Tendenz“) aufzuklären.

In den folgenden Passagen wird das „Ziel“ P2c durch andere – vergleichbar detaillierte oder detailliertere – „Ziele“ ergänzt und präzisiert, so z.B.

P3c: Der Therapeut zielt an, den Klienten zu einer positiven Umbewertung negativ eingeschätzter Beispiele eigener Verhaltensweisen und Leistungen (Selbstbewertungen) zu bewegen.

P3d: Der Therapeut zielt an, den Klienten die von ihm (dem Therapeuten) gemeinten Merkmale und Eigenschaften positiver Verhaltens-/Leistungsbeispiele zu verdeutlichen.

Es kommt dabei zu folgenden Therapeuten-Beiträgen (Handlung 1):

- Th.: (188) Ich war gerade dabei, mit Ihnen zu gucken: Wo haben Sie die Möglichkeit, Anerkennung zu kriegen im Moment ...
(189) Das ist *einmal* beim Tennisspielen.
(191) Wo noch?
(193) Nun überlegen Sie mal, sonst zähle ich Ihnen *drei* Sachen auf.
(Der Therapeut nennt drei sozial anerkannte Verhaltensweisen des Klienten.)
(201) Und jetzt finden Sie drei zusätzliche noch!

Der Klient verweigert ein Eingehen auf diese Aufforderung bis zur Äußerung:

Kl.: (204) Nee, mir fällt im Moment wirklich nicht mehr ein.

5.2.1. Insistierenskrise

Auf der Ebene der SK-Rekonstruktion sind wir nun bei der Sequenz C. Hier taucht das Beziehungs-„Ziel“ B2 auf:

B2: Der Therapeut zielt an, seine eigenen klientenbezogenen Gefühle/Emotionen dem Klienten gegenüber offen auszudrücken. – In diesem Fall ist es das Gefühl „Ärger“ über die beharrliche Verweigerung des Klienten. In Handlung 1 schlägt der Therapeut (demonstrativ verärgert) auf die Armlehne seines Sessels.

Der Klient bekräftigt seine Weigerung, indem er zeigt, daß er zwar in der Lage wäre, der Aufforderung des Therapeuten formal nachzukommen, darin aber keinen Sinn sieht. Gleichzeitig versucht er, einen alternativen Themenaspekt aus seiner Relevanzperspektive ins Gespräch einzuführen:

Kl.: (205) Ich könnte vielleicht noch ne Kinderei machen und sagen: Wagen waschen oder etwas anderes oder so, nein.

(206) Ich finde aber, gerade das mit diesem Beruflichen, da müssen wir noch ein bißchen uns dran festhalten.

Dieser Versuch des Abschwenkens von der themenbezogenen Linie des Therapeuten hat auf der Ebene seiner „Ziele“ komplexe Folgen (wir sind nun in der Sequenz D der SK-Rekonstruktion):

G3/S5: Der Therapeut zielt an, die Steuerung/Kontrolle des Gesprächsverlaufs innezuhaben/auszuüben.

B3: Der Therapeut zielt an, daß der Klient seine therapeutenbezogenen Gefühle und Affekte offen zum Ausdruck bringt (hier geht es um die Äußerung von Klientenwut).

A4: Der Therapeut zielt an, daß der Klient seine Gedanken, Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche explizit macht/äußert.

A6: Der Therapeut zielt an, dem Klienten die Struktur, die Bedingungszusammenhänge, die Mechanismen seiner Problematik deutlich zu machen. P1: Der Therapeut zielt an, die problematische Selbstbewertung des Klienten (v.a. seine unangemessene „negativistische Tendenz“) aufzuklären.

Daneben sehen wir noch die Fortschreibung der konkret-problembezogenen „Ziele“ P2c und P3e.

Auf der Handlung-1-Ebene erfolgt eine längere und recht heftige Therapeutenreaktion:

Th.: (207) Ich möchte jetzt *da* dran bleiben, weil das nämlich ein *typisches Verhalten* ist.

(209) ... für *Sie* ein typisches Verhalten. (210) Daß Sie all das, was Sie machen und was Sie gut machen und ordentlich machen, das ist nichts. Es *reicht nie* aus bei Ihnen, *nie* reicht's!

Wir haben diese Sequenz als „*Insistierens-Krise*“ interpretiert: Nachdem die Therapeutenbemühungen, den Klienten zu einer bestimmten Vorgehensweise der Problembearbeitung zu bewegen, über eine längere Strecke hinweg fruchtlos geblieben sind, der Klient sich auf indirekte und direkte Weise verweigert hat, werden vom Therapeuten nun in stärkerem Maße Aspekte der situativen Interaktionsvoraussetzungen auf der Ebene der Gesprächsregeln, des Selbstbezuges und der Beziehungsqualitäten aktualisiert.

Anschließend erneuert Herr N. die Aufforderung an den Klienten zur Suche nach Positivbeispielen für soziale Anerkennung:

Th.: (213) Überlegen Sie bitte!

Der „Ziel“-Aspekt P2c wird hier – auf der Grundlage der explizit eingeforderten Interaktionsmaximen – weiterverfolgt.

Auch im folgenden produziert der Klient nicht die vom Therapeuten gewünschten Positivbeispiele. Nach einer Überlegungspause sagt er vielmehr:

Kl.: (215) Nein, ich muß passen.

Der Therapeut versucht, sein Ziel durch die Vorgabe weiterer Beispiele aus seinem Wissensbestand über den Klienten zu erreichen. Der Klient antwortet mit einer Relevanzabwertung des vom Therapeuten genannten Beispiels. Dieser Abwertung widerspricht Herr N. und verweist den Klienten auf die überhöhten Ansprüche an sich selbst, die nach Meinung des Therapeuten durch den Vater grundgelegt wurden. Der Klient führt seinen Themenboykott nun dadurch fort, daß er dieser Therapeuteninterpretation widerspricht.

Kl.: (266) *Nee, neeneee*. Ich glaube nicht, daß das daher rührt.

5.2.2. Orientierungskrise

Wir sind in unserer „Ziele“-Rekonstruktion bei Sequenz H. Hier manifestiert sich, was wir in dem Diagramm als „*Orientierungskrise*“ bezeichnet haben: Der Therapeut gibt sein bis hierher verfolgtes Ziel P2c auf (wobei dies nicht intentional zu verstehen ist; er läßt sich eher vom Klienten wegführen). Er versucht nun, seine Interpretation zur Problemgenese mit dem Klienten abzuklären sowie seine subjektive Orientierungssicherheit aufrechtzuerhalten:

S3: Der Therapeut zielt an, seine subjektive Sicherheit bezüglich der Sichtweise/Interpretation der Klientenproblematik zu gewährleisten.

A1: Der Therapeut zielt an, die Problemstruktur des Klienten möglichst genau aufzuklären, zu analysieren.

P1: Der Therapeut zielt an, die problematische Selbstbewertung des Klienten aufzuklären.

Auf der Handlung-1-Ebene fragt der Therapeut:

Th.: (227) Woher denn?

Der Klient benutzt die Gelegenheit zu einer ausführlichen Begründung seines Interpretationswiderspruchs. Zur Erläuterung schildert er in einer längeren Monologsequenz eine Situation aus seiner Jugend sowie Bezüge zu aktuellen Verhaltensweisen. Der Therapeut zieht sich dabei vom Gespräch zurück, und nach Beendigung des Klientenbeitrags entsteht eine Schweigepause.

In unserem Diagramm zur SK-Rekonstruktion befinden wir uns nun bei den Sequenzen I und J. Der Therapeut beschreibt hier sein resignatives Gefühl von Entmutigung, Erschöpfung und vertaner Zeit. Auf der „Ziel“-Ebene zeigt sich bei ihm ein Orientierungsverlust.

Sequenz I:

G2: Der Therapeut zielt an, ein neues Interventionsziel, einen neuen Ansatzpunkt zur produktiven Problembearbeitung zu finden.

G5: Der Therapeut zielt an, dem Bedürfnis des Klienten nach (ausführlicher) Darstellung seiner Problemerkognitionen gerecht zu werden.

G6: Der Therapeut zielt an, den Zeitrahmen der Behandlungssitzung zu berücksichtigen und einzuhalten.

S4: Der Therapeut zielt an, seine subjektive Orientierung hinsichtlich der problemangemessenen Strukturierung des Gesprächsverlaufs zu sichern.

S7: Der Therapeut zielt an, in der eigenen Anstrengung der Problembearbeitung nicht

diejenige des Klienten zu übertreffen (nicht dem Klienten die Bearbeitungsanstrengung abzunehmen).

Sequenz J (Schweigepause):

G4: Dem Klienten soll deutlich werden, daß nun *er* für die (produktive) Weiterführung des Gesprächs verantwortlich ist.

Der Klient beendet die Pause dadurch, daß er sein unangenehmes Gefühl thematisiert, das durch das Schweigen des Therapeuten entstanden ist. Er nimmt darauf bezogen eine seiner (charakteristischen) negativen Selbstbewertungen vor. Dies wird dann vom Therapeuten als Hier-und-jetzt-Gelegenheit aufgegriffen, konkret-praktische Bewältigungsmöglichkeiten solcher Situationen zu suchen und zu besprechen. So wird der Übergang zur Themenphase 3b im Behandlungsgespräch bewerkstelligt – auf die wir hier aber nicht mehr eingehen.

6. Resümee und Verallgemeinerungen

Mit der Darstellung des Beispiels wollten wir verdeutlichen, wie sich bestimmte (typisierbare) Gesprächsverläufe und -ereignisse auf seiten des Therapeuten in der prozessualen Aktualisierung bestimmter Handlungszielkonzepte niederschlagen.

Als vergrößernde Verallgemeinerung läßt sich folgendes sagen:

- In Phasen der therapeutischen Bearbeitung eines Klientenproblems im Gespräch (die überwiegend im Mittelteil von Behandlungssitzungen stattfinden) dominieren in der internen Geschehensverarbeitung und Handlungssteuerung des Therapeuten konkrete klientenbezogene „Ziel“-Konzepte (P-Ziele).

- „Ziele“ größeren Allgemeinheits- bzw. Abstraktheitsniveaus (A-Ziele) sowie solche aus den übrigen unterschiedenen Oberbereichen (Gesprächsmaximen, Beziehungsqualität, Selbstbezug) spielen eine größere Rolle oder dominieren an gewissen „Schaltstellen“ und „kritischen Punkten“ des Gesprächs. Dies sind u. a.

- Themen- oder Aspektwechsel,
- kritische Zuspitzungen des Gesprächsverlaufs (die in vielen Fällen durch Klientenwiderstand entstehen).

In solchen Gesprächsphasen verliert die interne Verarbeitung des Therapeuten in einer Reihe von Aspekten die Merkmale der Routinehaftigkeit, so wie sie in „normalen“ Problembearbeitungsabschnitten vorherrscht. Es müssen nun stärker allgemein-übergeordnete und auf die Interaktionsvoraussetzungen bezogene Ziele aktiviert werden.

Es erscheint sinnvoll und fruchtbar, auf diesem Hintergrund dem Konzept einer „Normalform“ therapeutischer Behandlungsgespräche nachzuspüren, d. h. den Abfolgen regelhaft erwartbarer Handlungsschritte dieses Interaktionstyps. Mit gesprächsanalytischen Mitteln (zentriert auf Handlung 1) hat dies Angela Janouch (1983) mit unserem Material getan. Ergänzend und weiterführend hierzu ist eine entsprechende Rekonstruktion der inneren Handlungsanteile des Beraters/Therapeuten vielversprechend. Bei Zugrundelegung eines solchen Modells des „normalen“ Stundenablaufs können abweichende Phänomene (auf der „Ziel“-Ebene und in anderen Geschehensaspekten) sensibler und genauer hinsichtlich ihrer Bedeutung für das Behandlungsgeschehen (etwa als „Krisenindikatoren“ o. ä.) wahrgenommen und interpretiert werden.

- Bei den Gesprächskrisen haben wir zwei Formen unterschieden, die nach unseren Auswertungserfahrungen recht charakteristisch für psychologische Behandlungsgespräche sind:

- Insistierenskrisen: Dort geht es auf seiten des Therapeuten um Maßnahmen der Durchsetzung einer (längerfristig verfolgten) Gesprächsintention gegenüber Verweigerung, Ausweichen, Boykott o.ä. des Klienten.
 - Orientierungskrisen: Dabei steht die Neugewinnung einer subjektiven Vorgehensorientierung im Gespräch nach einem Zielverlust auf der Ebene konkreter klienten-/problembezogener „Ziele“ im Mittelpunkt.
- Wir haben uns bei der Darstellung dieser beiden Krisentypen hier weitgehend auf deren „Ziel“-Merkmale beschränkt. Es lassen sich jedoch auch in den anderen Aspekten unseres Rekonstruktionsmodells charakteristische Phänomene beobachten. Das folgende Diagramm soll das im Ansatz verdeutlichen.

Insistierenskrise	Orientierungskrise
I/B, Z, H:	
hohes Ausmaß an Explikation, bewußter Aufmerksamkeit bezüglich der inneren Handlungsanteile	
I/B: negative Emotion mit hoher Aktivierung (Erregung, Ärger)	I/B: negative Emotion mit geringer Aktivierung (Resignation, Ermüdung)
H: hohe Aktivierung (Nachdruck)	H: geringe Aktivierung, „äußere“ Untätigkeit, Passivität
Z: (Re-)Aktivieren der problembezogen-strategischen, den Gesprächsabschnitt bestimmenden Konzepte („Top-down“-Dominanz)	Z: Aufgeben der bisherigen problembezogen-strategischen Steuerungskonzepte und Suche nach neuen Zielstellungen („Bottom up“-Dominanz)
psychische Entfernung zum Gesprächsgeschehen: geschehensbezogene Nähe der internen Prozesse	psychische Entfernung zum Gesprächsgeschehen: geschehensbezogene Distanz der internen Prozesse
Verarbeitungsebenen: Rekurs auf das Verhältnis Situationsaspekte – allgemeine Personcharakteristika des Klienten; Bezug auf Gesprächsmaximen	Verarbeitungsebenen: Rekurs auf das Verhältnis Situationsaspekt – Gesamtgespräch; Bezug auf Gesprächsmaximen und Rahmenbedingungen
Gesprächsverlauf: thematische und strategische Kontinuität	Gesprächsverlauf: thematischer und strategischer Wechsel

Diagramm 2: Charakteristika von Insistierens- und Orientierungskrisen des Beraters/Therapeuten im Behandlungsgespräch

Wir haben uns bei unseren Untersuchungen auf die interaktionsbezogenen Sichtweisen der Berater/Therapeuten konzentriert. Das ist bedingt durch unser zentrales Interesse an der Praxistätigkeit von Psychologen und deren Entwicklung. Prinzipiell läßt sich das gewählte und ausgearbeitete methodische Instrumentarium auch auf *mehrere* Interaktionspartner (also auf Therapeuten *und* Klienten) anwenden, so daß deren jeweilige Geschehenssichtweisen und -verarbeitungen relationierbar sind. Dies ist sowohl auf der Ebene von Gesprächs-/Interaktionsanalysen (der Handlung 1; vgl. oben) wie auf der Ebene der SK-Interviews (wenn auch mit erheblichem Mehraufwand) möglich. Auf diese Weise kann ein interaktives Geschehen – das wir in den hier dargestellten Untersuchungen hauptsächlich aus der Perspektive *eines* Teilnehmers dargestellt haben – über *unterschiedliche* Beteiligtenensichtweisen und deren prozessuale Wechselwirkungsdynamik rekonstruiert werden.

Es tauchen bei dem dargestellten Vorgehen eine Reihe von Grundsatz- und Grundlagenproblemen auf, die weiterer Klärung bedürfen. Eine wichtige Frage ist die des Verhältnisses der Informationsebenen und -qualitäten, die die Gesprächsanalyse einer Interaktionsaufzeichnung (Handlung 1) einerseits, die Analyse einer Metakommentierung (Handlung 2, SK-Interview) andererseits bieten bzw. enthalten. Hier spielen etwa die (selektive) *Bewußtheit* von Intentionen (die gesprächsanalytisch erschlossen werden können, im SK-Interview aber nicht genannt werden), die *kommunikative (Un-)Eindeutigkeit* von Sprecherbeiträgen (Widersprüche und Vagheiten zwischen den Datenebenen), Probleme der Verstehensmöglichkeiten durch Interaktionsbeobachter vs. -teilnehmer (notwendige Voraussetzung hinsichtlich allgemeiner und spezieller sozialer und subkultureller Verständnisse) eine Rolle. Insgesamt erscheint uns die „multiple Herangehensweise“ über unterschiedliche Daten-/Repräsentationsebenen und über verschiedene Teilnehmer und Beobachter eines Geschehens ein sinnvoller Weg, eine Subjekt-sicht-Psychologie in der notwendigen gegenstandsbezogenen und sozialen Komplexität zu entwickeln.

LITERATUR:

- Breuer, F.: *Psychologische Beratung und Therapie in der Praxis*. Heidelberg, 1979
- Breuer, F.: Handlungstheoretisch angeleitete Analyse psychologischer Beratungs- und Therapiegespräche. In: Kalbermatten, & Breuer, 1987a
- Breuer, F.: Zur Analyse von Selbstkonfrontations-Interviews mit psychologischen Beratern und Therapeuten. In: Kalbermatten & Breuer, 1987b
- Breuer, F.: Interviews zur Berufsbiographie: Gespräche mit psychologischen Beratern/Therapeuten zur Entwicklung professioneller Kompetenzen. In: Kalbermatten & Breuer, 1987c
- Janouch, A.: *Regeln therapeutischer Gespräche. Eine Analyse der verbalen Strategien von Beratern/Therapeuten in psychologischen Behandlungsinteraktionen*. Münster, 1983
- Kalbermatten, U. & Breuer, F.: *Methoden der Handlungsanalyse*. Münster, erscheint 1987